

پذیرفته شدن در دوره آموزشی قوانین و مقررات دارویی

اینجانب با کد ملی و شماره نظام پزشکی متعهد

می گردم طی مدت ۶ ماه از زمان صدور مجوز اولیه موافقت اصولی/پروانه مسئولیت فنی، گواهی پذیرفته شدن در دوره آموزشی قوانین و مقررات دارویی براساس ضوابط ابلاغی سازمان غذا و دارو را به معاونت /مدیریت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی البرز ارائه کنم؛ در غیر این صورت شکایتی نسبت به تعلیق مجوز/پروانه صادره تا زمان اجرای تعهد نخواهم داشت. همچنین اقرار می نمایم که از عدم امکان تمدید این تعهد آگاهم.

مهر و امضاء